

## **SALUD MENTAL, JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO: LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL EN EL SERVICIO PENITENCIARIO BONAERENSE.**

*Bajar, Marien; D'Ovidio, Ana Clara & Urios, Romina.*

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

e-mail: mari\_bajar@hotmail.com

### **Resumen**

A finales del año 2010 se sanciona en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, reglamentándose en mayo del 2013 (Decreto 603/13). Con la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental en octubre de ese mismo año, se incluye a las provincias en la necesidad de la adecuación a esta nueva normativa.

La provincia de Buenos Aires sancionó en el 2013 la Ley N° 14.850, adhiriendo a la norma nacional.

Estos hechos implican una adecuación de los dispositivos de alojamiento y tratamiento de personas con problemáticas de salud mental a la nueva legislación.

En el marco de la puesta en vigencia y funcionamiento de lo establecido por la Ley, consideramos importante realizar un relevamiento respecto de la implementación de esta normativa en las Unidades Penitenciarias Bonaerenses N° 10, N° 34 y N° 45 Anexo Mujeres, que alojan personas con medidas de seguridad encuadradas en el artículo 34 del Código Penal.

Partimos del supuesto de que la situación legal de personas con discapacidad/padecimiento psicosocial ha tenido un viraje a partir de la Ley N° 26.657, y consideramos interesante indagar su implementación en aquel subgrupo constituido por personas detenidas en Unidades Penitenciarias denominadas psiquiátricas, a partir de una medida de seguridad.

La declaración de inimputabilidad implica el dictado de una medida de seguridad, que se apoya en la supuesta peligrosidad de la persona para sí misma o terceros, a partir de su “enfermedad o diagnóstico mental”.

La legislación penal vigente otorga al juez un margen de discrecionalidad absoluto para disponer la internación (una forma de privación de la libertad, según la CIDH) de la persona en una institución especializada, sin límite temporal y más allá del tipo de injusto en cuestión. La única indicación es que esa privación de la libertad sólo puede concluir cuando un examen de peritos determine que ha “desaparecido el peligro” de daño a sí mismo o a otras personas.

Cuando son personas de escasos recursos, esa evaluación suele dilatarse en el tiempo, prolongándose el encierro más tiempo del que habría correspondido de haber sido hallado imputable.

De esta forma, pena y medida de seguridad se contraponen: la primera es finita en el tiempo, la segunda es infinita.

Nuestra hipótesis general es que tanto el personal jerárquico, el técnico-profesional, como el de contacto, organizan sus discursos y prácticas bajo el imperio del Paradigma Peligrosista, propio del derecho penal vigente.

Como corolario de dicha hipótesis esperábamos encontrar diversos indicadores, tales como: tipos de informes y discursos utilizados; documentos periciales; reglamentaciones y disposiciones ministeriales de lógica positivista; ausencia de articulaciones interministeriales y de capacitaciones hacia el personal de contacto como agente de salud.

Para llevar a cabo esta investigación, se construyeron herramientas metodológicas destinadas a indagar la concepción de los trabajadores sobre la discapacidad/padecimiento psicosocial, implícita en su manera de operar con esta población.

Se confeccionó una encuesta, y a partir de sus resultados se elaboró una entrevista en profundidad para ser administrada a un número menor de operadores, a fin de recabar información más precisa sobre ciertas áreas de interés, fundamentalmente en relación a preconceptos del personal de contacto sobre la inimputabilidad, la salud mental y las valoraciones sobre la Ley de Salud Mental.

En relación a los profesionales, consideramos que las diversas inserciones institucionales dificultan el trabajo en equipo, a la par de las propias interpretaciones sobre la Ley. A ello debemos agregar las autoridades penitenciarias y ministeriales, con sus propias lógicas de poder y funcionamiento, que muchas veces colisionan.

Por otra parte, debemos destacar el efecto de institucionalización y burocratización profesional, que cronifica y naturaliza las prácticas instituidas de manera acrítica.

Para visualizar de qué modo implementan la Ley profesionales y autoridades de las instituciones objeto de nuestra investigación, se elaboró una entrevista en profundidad. Allí intentamos indagar los lineamientos políticos tendientes a la implementación de la Ley, los preconceptos de funcionarios, autoridades penitenciarias y profesionales sobre la inimputabilidad y salud mental; y explorar las valoraciones sobre la norma en cuestión.

Al mismo tiempo, se elaboró una herramienta para poder analizar historias clínicas, documento fundamental para poder indagar la concepción de sujeto de abordaje.

Al momento de presentación de este trabajo, nos encontramos en camino de procesamiento y análisis de datos, por lo que esperamos al momento del Congreso poder compartir los resultados preliminares y acercar a la comunidad algunos aportes respecto a lo que se ha podido pesquisar en relación con la efectiva implementación de la Ley de Salud Mental en Unidades Penitenciarias de la provincia de Buenos Aires.

**Palabras clave:** SALUD MENTAL, INIMPUTABILIDAD, MEDIDA DE SEGURIDAD, CARCEL

### **Abstract**

The main objective of this paper is to study issues, progress and challenges on the implementation of the National Mental Health Law Nº 26657 in penitentiary institutions that belong to Buenos Aires province. These institutions hold people under the 34th article of the Argentine Republic's Penal Code.

The theoretical framework of this research is based on international and interamerican Human Rights declarations, the Argentine Republic's Penal Code and the Patient National Right laws Nº26657 and Nº26529.

The practical resources to reach the proposed objectives were: in-depth interviews with public officials, prison authorities and professionals, survey and reviews of the documentation (medical records, ministerial directives, provincial and national laws).

First, a team consisting of professors, professor assistants, advanced students and graduates was assembled, then the theoretical foundations were established to develop methodological tools and finally the research implementation at institutional level was made with the analysis of all the data obtained.

**Keywords:** MENTAL HEALTH, INSANITY, SECURITY MEASURES, PRISON

### **Introducción**

El presente trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación (PIPI) “Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos en contextos de encierro: la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el Servicio Penitenciario Bonaerense”, llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la UNLP por las cátedras de Psicología Forense, Psicología Preventiva y el Seminario Optativo “Políticas Argentinas de Salud Mental: avances y desafíos”.

El principal objetivo de nuestra investigación es conocer las problemáticas, avances y desafíos de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 en instituciones penitenciarias

de la provincia de Buenos Aires que alojan personas bajo medida de seguridad, encuadrada en el artículo 34 del Código Penal de la Nación.

Constituyen el marco teórico de esta investigación diversos instrumentos internacionales e interamericanos de Derechos Humanos, el Código Penal de la Nación y las Leyes Nacionales N° 26.657 y N° 26.529 de Derechos del Paciente.

Intentaremos indagar sobre la vigencia de estas normativas en las Unidades Penitenciarias N° 45, 10 y 34.

### **Desarrollo**

En el año 1994 se realizó una reforma de la Constitución Nacional, incorporándose en el artículo 75 inciso 22 tratados, normativas y Convenciones Internacionales de Derechos Humanos, lo que obligó a modificar todas aquellas leyes que a partir de esta reforma se convirtieron en anticonstitucionales.

Así, empiezan a ver la luz leyes nacionales y provinciales superadoras en pos del respeto y garantía de los derechos de las personas.

A finales del año 2010 se sanciona en nuestro país la Ley Nacional N° 26.657, Ley de Salud Mental. La misma se encuentra reglamentada desde mayo del 2013. Estos hechos implican una adecuación de los dispositivos de alojamiento y tratamiento de problemáticas de salud mental a la nueva legislación. Son algunos puntos centrales de esta Ley:

- La definición de la salud mental como proceso y no como estado.
- La concepción de sujeto de abordaje integral.
- La necesidad del trabajo interdisciplinario. Las áreas que se mencionan son la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas pertinentes. Sin embargo, se sostiene que las disciplinas que se mencionan en la ley, no son taxativas y que los equipos deberán confeccionarse de acuerdo a las necesidades de cada comunidad.
- Se pone especial énfasis en la perspectiva de Derechos, sobre todo con relación a la protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.
- Se introduce la nominación de “persona con padecimiento mental”, para hacer hincapié sobre la persona y no sobre el padecimiento (enfermo mental, esquizofrénico, psicótico, etc.), a los efectos de favorecer la no discriminación y la desestigmatización.
- Dentro de los derechos contemplados por la Ley, merece resaltarse el derecho al consentimiento informado (art. 7 inc. j y art. 10) y el hecho de que la persona participe en la toma de decisiones en su tratamiento (art. 7 inc. k).

Esto implica una ruptura con un orden autoritario, en la que la palabra del profesional es la única que se tiene en cuenta en el proceso de atención y tratamiento.

- La ley prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes, públicos o privados (art. 27). Los existentes deben adecuar sus servicios a este nuevo paradigma. Se establece así un proceso de desmanicomialización y desinstitucionalización de la atención y tratamientos, que tiene como horizonte temporal el año 2020, tal como lo estipula el Consenso de Panamá de la OPS/OMS del año 2010. De esta manera, se deben reestructurar los Servicios de Salud Mental para que tengan como eje la comunidad y no el hospital (enfoque hospitalocéntrico), sin que ello implique reducción de personal o de sus derechos.

- La internación debe considerarse un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y debe ser empleada cuando se hayan agotado otras medidas terapéuticas realizadas en el ámbito familiar, comunitario y social (art. 14). La misma debe ser lo más cerca posible de su comunidad de origen y con la premisa de que sea lo más breve posible, para evitar la ruptura de vínculos comunitarios y familiares. Existen dos tipos de internación: la voluntaria (art. 18) y la involuntaria (art. 20). La primera es cuando la persona decide acudir a un servicio de salud mental para solicitar internarse, la que debe ser informada al juzgado si se prolonga más de 60 días. El juez interviniente deberá decir en un plazo de 5 días si autoriza la continuidad de la medida. La segunda solo es procedente cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona y/o de otras. Ese riesgo debe ser verdadero, seguro e indubitable. El riesgo no se debe reducirse a una clasificación diagnóstica o psicopatológica, por ello es necesario... “estar atentos a estos falsos enlaces que se establecen directamente entre diagnóstico y riesgo ya que conllevan una toma de decisión, de determinada conducta terapéutica en la cual prevalece la visión del especialista para la determinación del riesgo, siendo evaluado como si pudiera cuantificarse con parámetros objetivos, y de modo verticalista, lo que puede suceder si....” (Angelini, Carril, Irie, Pena, opcit). Por ello, la determinación del riesgo debe ser hecha desde un criterio interdisciplinario e intersectorial, incluyendo a la persona y sus referentes vinculares, donde se analicen las diversas dimensiones: sanitaria, social, educativa, vincular-familiar, laboral, comunitaria.

No debe confundirse riesgo cierto e inminente para sí o terceros con peligro para sí o terceros. Uno habla de una segura afectación concreta de la seguridad física o a la vida. El otro hace hincapié en la supuesta peligrosidad de las personas que tiene un padecimiento mental. Eso remite al Paradigma Peligrosista, contrario al Paradigma de Derechos Humanos.

- Es importante señalar que la internación debe entenderse como una forma de privación de la libertad. Al respecto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las

Américas (res. 1/08 13/03/2008): “Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas”. (Disposición General)

Por ello, toda internación, en especial la involuntaria, debe ser monitoreada para que la misma no sea una privación ilegítima de la libertad. Para ello, la ley crea la figura del abogado defensor, quien debe proteger los derechos de la persona internada (art. 22). Puede oponerse a la internación o solicitar la externación. Por otra parte, se crea el Órgano de Revisión de Internaciones (art. 38 al 40) el que evaluará las internaciones involuntarias, recibirá y realizará denuncias sobre irregularidades, posee facultades de apelación y supervisión de internaciones involuntarias luego de un largo tiempo. Es interdisciplinario e intersectorial, es decir, está compuesto por organismos estatales y organizaciones civiles.

Como vemos, la situación legal de las personas con discapacidad/padecimiento psicosocial ha tenido un viraje en nuestro país a partir de la Ley Nacional N°26.657.

Dentro de este grupo social, hay un subgrupo constituido por aquellas personas que están detenidas en unidades penitenciarias denominadas psiquiátricas, a partir de una medida de seguridad en el marco del Art. 34 del Código Penal. Dicho artículo, en su inciso 1° plantea que no es punible:

“...El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás....”

En la provincia de Buenos Aires, dos unidades están destinadas a esta problemática: las Unidades N° 34 y N° 45 (Anexo Mujeres). Hasta el año 2013 eran tres, que se distinguían por ser una, la

Unidad N° 10, para personas con discapacidad/padecimiento psicosocial crónico; la Unidad N° 34 para agudos y el Anexo en la Unidad N° 45 para mujeres. Hoy sólo queda un remanente de la Unidad N° 10, en lo que se conoce como la Colonia Domingo Cabred.

La Ley 12.256 de Ejecución Penal de la provincia de Buenos Aires establece que:

ARTICULO 77 - Los procesados que presuntamente presenten trastornos mentales graves serán internados en establecimientos y/o en secciones separadas especializadas del Servicio Penitenciario, donde, en condiciones de seguridad apropiada, se desarrollará un programa que atienda la faz asistencial específica que requiera cada caso en particular.

ARTICULO 78 - Cuando de la tarea diagnóstica surja la inexistencia de trastorno mental, o existiendo éste, el mismo no implique alto riesgo desde el punto de vista médico forense, se informará al Juez competente a los efectos del traslado del interno a otro establecimiento que posibilite su asistencia, dentro de las modalidades atenuada o estricta del régimen común de procesados.

ARTICULO 79 - Serán internados en el Instituto Neuropsiquiátrico de Seguridad los imputados que se encuentren presuntamente comprendidos en el artículo 34 inciso 1) del Código Penal, cuya internación haya sido ordenada por el juez para verificar la existencia de una enfermedad mental.

ARTICULO 80 - El plazo de internación será fijado por la reglamentación dentro del cual el perito médico dictaminará si existe la enfermedad, los antecedentes, diagnóstico y pronóstico de la misma; si ha desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás, a que se refiere el artículo 34 inciso 1) del Código Penal. El perito será designado por el juez competente entre los médicos del Gabinete Psiquiátrico Forense.

ARTICULO 154 - Los condenados que presuntamente presenten trastornos mentales graves, serán internados en secciones separadas especializadas en el Servicio Penitenciario, donde en condiciones de seguridad apropiada se desarrollará un programa asistencial que requiera cada caso. Si de la tarea diagnóstica surge la existencia de patología que exigiera una cobertura de mayor complejidad se dispondrá el alojamiento en el Instituto Neuropsiquiátrico de Seguridad.

Por su parte, en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas (1957) en su capítulo B. Reclusos alienados y enfermos mentales, se establece que:

82. 1) Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales.

2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos.

3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico.



Como vemos, la Ley de ejecución penal provincial establece la reclusión de las personas con discapacidad/padecimiento mental en un Servicio especializado del SPB (el Instituto Neuropsiquiátrico de Seguridad) en contraposición a los que establecen las Reglas Mínimas..., que dicen que no deben ser reclusos en prisiones.

En las cárceles psiquiátricas observamos que las personas sufren más por el abandono judicial, la falta de atención sanitaria, de comida, de elementos básicos de higiene, la sobremedicación o la discontinuidad de la medicación, los atentados contra la vida y dignidad de las personas, la violación de sus derechos civiles, políticos y sociales, el encierro y el olvido (una moneda corriente), que por su forma particular de discapacidad/padecimiento psicosocial.

La declaración de inimputabilidad implica que el dictado de una medida de seguridad apoyada en la supuesta peligrosidad de la persona para sí misma o terceros a partir de su “enfermedad o diagnóstico mental”. La idea del loco peligroso es una construcción sociocultural en la que los profesionales de la salud mental y de la justicia han contribuido a crear.

Ser declarado inimputable de haber cometido un delito suele ser una vía hacia el mayor de los castigos y no hacia la impunidad, como erróneamente se piensa desde el sentido común. La legislación vigente le deja al juez un margen de discrecionalidad absoluto para disponer la internación de la persona en una institución especializada sin límite temporal y más allá del tipo delito en cuestión. La única indicación del texto vigente es que esa privación de la libertad sólo puede concluir cuando un examen de peritos determine que ha “desaparecido” el peligro de daño a sí mismo o a otras personas. Cuando son personas de escasos recursos, esa evaluación nunca llega. El encierro se prolonga más tiempo del que le habría correspondido de haber sido hallado imputable.

Así, vemos cómo pena y medida de seguridad se contraponen: la primera es finita en el tiempo, la segunda es infinita.

### **Hipotesis y metodología de trabajo**

Nuestra hipótesis general es que tanto el personal jerárquico, el técnico-profesional, como el de contacto, organizan sus discursos y prácticas bajo el imperio del Paradigma Peligrosista, propio del derecho penal vigente.

Para llevar a cabo esta investigación, se construyeron herramientas metodológicas destinadas a indagar la concepción de los trabajadores sobre la discapacidad/padecimiento psicosocial, implícita en su manera de operar con esta población.

Se confeccionó una encuesta, y a partir de sus resultados se elaboró una entrevista en profundidad para ser administrada a un número menor de operadores, a fin de recabar información más precisa sobre ciertas áreas de interés, fundamentalmente en relación a



preconceptos del personal de contacto sobre la inimputabilidad, la salud mental y las valoraciones sobre la Ley de Salud Mental.

### **Primeras conclusiones**

Al momento de la presentación de este escrito, nos encontramos en la implementación del proyecto, por lo que esperamos contar con los primeros resultados al momento de la exposición en el Congreso. Podemos concluir en forma anticipada que a partir de las herramientas desarrolladas, se buscó analizar los lineamientos políticos tendientes a la implementación de la ley nacional de salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Buenos Aires así como también, indagar los preconceptos de funcionarios, autoridades penitenciarias, profesionales y personal de contacto (enfermeros y guardiacárceles) sobre inimputabilidad y salud mental.

Para finalizar, podríamos plantear que consideramos que esta investigación podría contribuir con los proyectos de evaluación y seguimiento de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en todas las instituciones en las que tiene injerencia, más allá de las estrictamente neuropsiquiátricas.

### **Referencias bibliográficas**

-Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Ministerio de Salud (2013) Plan estratégico de Salud Integral en el servicio penitenciario federal. Publicado en Boletín Oficial el 30 de enero de 2013, nro. 32573. Buenos Aires. Disponible en formato digital en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=207948> fecha de última visita 12/07/2015

-Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley nacional 26657 de Protección de la Salud Mental. Publicado en Boletín oficial bajo número 32041. Buenos Aires. Disponible en formato digital en <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175977> Fecha de última visita 12/07/2015

-Ministerio de Salud (2013) Decreto reglamentario 603/13. Buenos Aires. Disponible en formato digital en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm> Fecha de última visita 12/07/2015

-Honorable Congreso de la Nación (2009) Ley nacional 26529 de los Derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e Instituciones de Salud. Promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009. Disponible en formato digital en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> Fecha de última visita 12/07/2015

- Ministerio de Salud (2012) Decreto reglamentario 1089/12. Disponible en formato digital en <http://www.casi.com.ar/sites/default/files/Decreto%201089-12.pdf> Fecha de última visita 12/07/2015
- Honorable Congreso de la Nación (2012) Ley 26742 (Modificatoria de Ley 26529). Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Disponible en formato digital en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=197859> Fecha de última visita 12/07/2015
- Senado y cámara de diputados de la provincia de Buenos Aires (2013) Ley provincial 14580 de adhesión a la ley nacional 26657. Disponible en formato digital en <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14580.html> fecha de última visita 12/07/2015
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Subsecretaría de atención de las adicciones (2012) Consenso de la Provincia Buenos Aires. Disponible en formato digital en [http://www.sada.gba.gov.ar/salud\\_mental/consenso.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/consenso.pdf) fecha de última visita 12/07/2015
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2013) Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en formato digital en [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29\\_plan-nacional-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf) fecha de última visita 12/07/2015